



Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 4

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AO IDOSO NA UBS SÃO JOÃO, NA CIDADE DE
PIRIPIRI/PI**

Alessandra Silva Malta

PIRIPIRI- PI, 2014.

ALESSANDRA SILVA MALTA

Qualificação da atenção ao idoso na UBS São João, na cidade de Piripiri/PI

Trabalho de Conclusão do curso de pós-graduação apresentado no Departamento de Medicina Social da Universidade - DMS da Universidade Federal de Pelotas - UFPel, como requisito parcial para aquisição do título de especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Pablo Viana Stolz

PIRIPIRI-PI, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M261q Malta, Alessandra Silva

Qualificação da atenção ao idoso na UBS São João, na cidade de Piripiri/PI /
Alessandra Silva Malta ; Pablo Viana Stolz, orientador. — Pelotas, 2014.

74 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD)
— Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4.
Assistência domiciliar. 5. Saúde bucal. I. Stolz, Pablo Viana, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedico esta monografia:

A minha família pela fé e confiança demonstrada

Ao meu namorado e amigos pelo apoio incondicional

Ao orientador pelo simples fato de estar dispostos a ensinar e pela paciência demonstrada no decorrer do trabalho

Enfim, a todos que de alguma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus pela oportunidade de estar realizando este trabalho

A minha família, pelo incentivo e colaboração

Ao meu orientador por estar disposto a ajudar sempre

Ao meu namorado por estar comigo nesta caminhada tornando-a mais fácil e agradável.

Aos meus colegas pelas palavras amigas nas horas difíceis e pelo auxílio nos trabalhos e dificuldades

RESUMO

MALTA, Alessandra Silva. **Qualificação da atenção ao idoso na UBS São João, na cidade de Piripiri/PI**. 2014. 74f. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – EaD. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A faixa etária dos idosos vem crescendo rapidamente. Segundo a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2005, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas¹, e o foco na saúde nesta faixa etária tornou-se de extrema importância de saúde pública. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) São João, localizada no município de Piripiri-PI, até a data do início da presente intervenção não possuía nenhum programa que visava o atendimento específico e qualificado para os idosos, apesar da Saúde do Idoso já ser prevista pelo programa nacional de saúde da família. Por causa de tal fato, motivou-se que esta intervenção objetivasse a melhoria na atenção da saúde do idoso. Participaram desta intervenção os idosos acima de 60 anos, de ambos os sexos, que residem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São João. As ações foram feitas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram planilha eletrônica Excel e ficha espelho com dados referentes ao nome, idade, sexo, periodicidade das consultas e medida de pressão arterial. Os resultados da intervenção desenvolvida ao longo de três meses mostraram que 98 idosos foram acompanhados, alcançando-se uma cobertura de 36,7% ao final do período, sendo possível identificar melhorias significativas nos diversos indicadores de qualidade analisados. Outros indicadores também refletiram o avanço na qualidade de atendimento destes idosos, como exemplo a cobertura de 100% de orientação nutricional e atividades físicas, algo de extrema importância na prevenção para a maioria das patologias que acomete essa idade. Os resultados na sua maioria foram satisfatórios e com isso ficou comprovado que a implantação do protocolo de atendimento integral criou um melhor subsídio para o acompanhamento na saúde do idoso e melhorando a qualidade de atendimento e seguimento.

Palavras- Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 01	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na ESF	47
Gráfico 02	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	48
Gráfico 03	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar	49
Gráfico 04	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na ESF	50
Gráfico 05	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na ESF	51
Gráfico 06	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na ESF	52
Gráfico 07	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	52
Gráfico 08	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	53
Gráfico 09	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	54
Gráfico 10	Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos	55
Gráfico 11	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	55
Gráfico 12	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na ESF	56
Gráfico 13	Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	57
Gráfico 14	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na ESF	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA: Câncer

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

DM: *Diabetes mellitus*

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FEM: Feminino

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MASC: Masculino

MMII: Membros Inferiores

MMSS: Membros Superiores

NASC: Nascimento

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

PA: Pressão Arterial

PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
APRESENTAÇÃO.....	10
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	11
1.1 Caracterização do sistema de saúde do município de Piripiri-PI.....	11
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e Metas.....	22
2.2.1 Objetivos.....	22
2.2.2 Metas.....	22
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma.....	41
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	42
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão.....	57
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	60
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	63
5. REFLEXÃO CRÍTICA.....	66
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	68

APRESENTAÇÃO

Este volume trata de um trabalho desenvolvido, como requisito para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família, dividido em quatro etapas, que consiste em: análise estratégica, análise situacional, a intervenção (realizada no período de três meses) e a avaliação da intervenção. Foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde no município de Piripiri, Estado de Piauí (PI). Abrangeu um projeto de intervenção para melhora da qualidade da assistência realizada para os idosos, abrangendo indivíduos com 60 anos ou mais.

Inicialmente realizou-se uma análise situacional da unidade, apresentada na seção 1, abrangendo os aspectos, físicos, pessoais, materiais e outros. Após foi realizado uma análise estratégica, apresentada na seção 2, para organizar e planejar a intervenção, sendo escolhido o programa de atenção à saúde dos idosos, para ser implementado.

Posteriormente, realizou-se uma intervenção, no período de três meses, onde foi implementada atividades às rotinas da unidade e monitorado através de indicadores preestabelecidos. Após a intervenção, foi realizado um relatório, apresentado na seção 3, seguido da organização dos resultados e discussão de como esta foi realizada e sobre as melhorias encontradas na unidade após o projeto, assim como as dificuldades apresentadas na execução da mesma, apresentados na seção 4.

Para finalizar o trabalho, realizou-se uma reflexão crítica, apresentado na seção 5, sobre o aprendizado desenvolvido por todo esse período de envolvimento nas atividades da unidade.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PIRIPIRI -PI

Meu nome é Alessandra Silva Malta, tenho 24 anos. Sou médica formada pela Universidade Estadual Do Piauí, desde dezembro de 2011. Atuo no Programa de Saúde da família já há um ano, e estou no Curso de Especialização em Saúde da Família através do Provac. Estou alocado na Unidade Básica de Saúde de São João, na cidade de Piripiri, estado Piauí.

Piripiri é uma cidade de médio porte, localiza-se aproximadamente a 160 km da capital do Estado, com número de 61000 habitantes, popularmente conhecida como “cidade-modelo” na área de saúde para o estado, fato que consagrou principalmente por ter sido a cidade do programa piloto do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e sua posterior disseminação. Possui 24 equipes de estratégia de saúde da família, sendo que todas possuem como apoio o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Ainda sofre muito pela carência de especialidades médica e exames pelo SUS (Sistema Único de Saúde), mas mesmo diante desta dificuldade, possui serviços de especialidades gerais do próprio NASF e outras, como: ginecologia, pediatria, acupuntura, fisioterapia, nutrição, cirurgia geral, dermatologista. Na parte de exames, dispõe de bioquímica básica e de imagem, sendo apenas radiológico simples e ultrassonográficos, pelo SUS. Na própria cidade, existem outros exames mais complexos disponíveis, realizados em clínicas particulares.

Na cidade há apenas um hospital público de médio porte, abrangendo serviços de média complexidade, com uma unidade de terapia intensiva, corpo do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências), sala com centro cirúrgico básico, enfermarias e pronto-atendimento. Há também uma maternidade, com serviço de obstetrícia, sala cirúrgica e enfermarias, não tendo, portanto uma assistência pediátrica. O setor privado está restrito apenas a consultórios particulares, e clínica de realização de exames de bioquímica e de imagem já citados.

O gerenciamento de marcação de consultas e recebimentos de medicação é feito de forma centralizada, sendo todas realizadas no espaço físico da fundação municipal de saúde. Este local é relativamente distante da minha unidade de saúde, o que torna um empecilho para minha população, e o que indiretamente acaba prejudicando a realização do meu trabalho, pois muitas vezes a clientela ou não faz uso da medicação pedida, ou não se desloca para marcar a consulta pedida

Na minha UBS funciona apenas uma equipe de saúde da família, do tipo tradicional, sem vínculo a unidades de ensino, composta por uma enfermeira (coordenadora), um médico generalista, um dentista, dois técnicos de enfermagem (um responsável pela sala de vacina e o outro pela sala de curativo), um auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde e uma copeira (responsável pela limpeza). Localiza-se na zona urbana da cidade, possui NASF associado, e é vinculada a programas do ministério da saúde como Telessaúde (ainda em fase de iniciação), e saúde da Escola, o que é ainda um pouco inoperante. Além disso, há também um CAPS, que apesar de não ser restrita a nossa população, mas oferece serviço à mesma.

A atribuição dos funcionários da equipe representa uma grande limitação ao processo de trabalho. A falta de um auxiliar administrativo e do vigia, acaba prejudicando indiretamente a gestão do trabalho, em vista que, na maioria das vezes, a técnica de enfermagem da sala de curativo acaba suprimindo a função de auxiliar administrativo, fazendo a realização de marcação de consultas e prejudicando outras funções, e a falta de segurança que assombra o posto por conta da falta de um vigilante. Por conta disso alguns funcionários se sentem desestimulados a realização de certas tarefas, principalmente pelas ações voltadas para educação em saúde. Mas mesmo assim os profissionais não deixam levar que essas adversidades atrapalhem o processo de trabalho, e atende a todas suas exigências e a demanda local até de maneira exemplar, algo até glorificante, visto tais injustiças. Um exemplo brilhante foi à solução encontrada para entornar a falta de uma recepcionista e gerente administrativo, em que as próprias agentes de saúde elaboraram um rodízio para cada uma, justamente para evitar a sobrecarga para um único funcionário e assim atender a demanda, apesar de não ser atribuição própria, apenas com desejo de gerir um melhor funcionamento na UBS.

Quanto ao processo de trabalho, as atividades diárias no posto consistem em consultas de enfermagem, médicas e odontológicas conforme a programação do

programa de saúde da família, baseado nos dias do programa já estabelecido, como hiperdia, puericultura, gestante, saúde da mulher, visitas domiciliares semanais; e reunião da equipe semanal, onde se é programado as atividades clínicas e educativas do mês, debatido os problemas enfrentados na semana e planejando ações no intuito de resolvê-los ou no mínimo de diminuí-los, além de ser o momento de confraternização da equipe, promovendo uma melhor relação de trabalho.

Há uma carência nas atividades de educação permanente, da qualificação dos profissionais, de cursos de atualização das ações em saúde, das práticas de cuidado, gestão e participação popular. A falta de protocolo específico para realização de atividades extra, como palestras ou campanhas educacionais; e pouco recurso no que tange à atualização de diretrizes e condutas para os profissionais deixam muito a desejar a qualidade do serviço de saúde. Para diminuir tais problemas é preciso melhor investimentos para realização de cursos de atualização, uma colaboração com entidades de saúde superior para nos orientar para realização dessas atividades, e até uma união com todos os outros postos de saúde e assim elaborar um plano anual de atividades em educação em saúde.

Quanto à estrutura física, temos uma regular condição, com presença de uma recepção ampla e ventilada, com instalações sanitárias adequada para população, porém com poucos assentos para os pacientes; uma sala de vacina regular, com material adequado, ventilação e refrigeração boa; uma sala de curativo ampla, também com infra-estrutura adequada, apenas com falta de alguns materiais essenciais, como um foco de luz adequada ou materiais de sutura; uma sala de enfermagem também adequada, contendo inclusive um serviço sanitário, mas com mesmo problema de falta de alguns materiais, dentre eles uma maca ginecológica adequada; um consultório médico adequado, com instalação sanitária adequada, porém pouco ventilado; um consultório odontológico adequado; uma copa com total descaso, sem um espaço para alimentação, sem uma geladeira e fogão. Um ponto bastante negativo que possui nesse aspecto é a falta de espaço, sala para promoção das atividades educacionais na própria UBS, ficando estas reservadas apenas para lugares comunitários, como escolas ou igrejas. Além disso, tem-se atraso na tecnologia, com ausência total de um meio de comunicação, como um telefone, ou se possui, é totalmente inutilizado, como um microcomputador e sem acesso a internet. Como medidas para solucionar tais problemas podem estabelecer um programa de reabastecimento dos materiais necessários na UBS e investir mais

em tecnologia de meios de comunicação, como instalação de um telefone e habilitar o microcomputador já existente.

Quanto à relação com a comunidade a primeira impressão que percebi foi o fato da população valorizar apenas as consultas médicas como norteadoras do programa de saúde da família, desvalorizando todas as outras ações em âmbito do controle social e das atividades educacionais. Além da carência, principalmente em questões financeiras e de acesso aos serviços de saúde, uma vez que a marcação de consultas, recebimento das medicações e marcação de encaminhamentos médicos são realizados na unidade central da fundação de saúde, que para isso é preciso de gastos com deslocamentos, além de reclamações de longa demora para a resolutividade dos pedidos. Vejo também muita carência de especialidades médicas, e um serviço de atendimento hospitalar inadequado. Mas uma virtude que achei da população foi um respeito, pela maioria dos servidores de saúde da UBS, e das expectativas criadas em relação a melhorias que pode vir a acontecer no âmbito da saúde local.

A população da minha equipe, segundo dados de 2011, conforme colhido pelos dados no SIAB, consiste em 2423 habitantes, sendo estes 48% de homens e 52% mulheres. De acordo com a faixa etária percebe-se uma maior concentração dos indivíduos entre os 15-49 anos de idade, correspondendo a 65% da população, e 11% de pessoas acima de 60 anos, porcentagem esta que só tende a crescer, configurando o quadro nacional de transição demográfica. Quando se compara a estimativa do IBGE, à realidade da minha UBS, observa-se algumas diferenças, como menor número de hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos, e maior número de crianças menores de 1 ano na área de abrangência de minha UBS. E com base nesses dados, verifica-se que o número de uma equipe de saúde, com número de seis agentes, são suficientes para cobrir esta população adscrita. O que acontece na prática é uma distribuição irregular dos espaços das microáreas, onde é visto a sobrecarga de uma determinada agente de saúde em detrimento de outra. Além disso, com o decorrer do tempo, a população está aumentando, com surgimento de assentamentos, e estes dados que ainda não foram atualizados. Para solucionar tais problemas, foi solicitado um plano de redistribuição das microáreas e definição exata do espaço que cada agente de saúde deve ser responsabilizada, respeitando o princípio da justiça e distribuição regular, e se necessário a

contratação de mais profissionais para que nenhum se sobrecarregue em detrimento de outros.

As atividades diárias no posto são previamente marcadas na semana anterior, e consistem em consultas de enfermagem, médicas e odontológicas, e cada turno é definido o tipo de atendimento conforme as diretrizes de saúde da família, baseado nos dias do programa já estabelecido, como hiperdia, puericultura, gestante, saúde da mulher; visitas domiciliares semanais, etc. Também realiza-se reunião da equipe semanalmente, onde são programadas as atividades clínicas e educativas do mês, debatidos os problemas enfrentados na semana e planejando ações no intuito de resolvê-los ou no mínimo de diminuí-los, além de ser o momento de confraternização da equipe, promovendo uma melhor relação de trabalho. Em todos estes turnos sempre ficam reservadas vagas de atendimento para as patologias agudas e de livre demanda, após triagem com a própria enfermeira e funcionários, mas sem seguir protocolos rígidos. Não há muito problemas a esse acolhimento, uma vez que a população já estava acostumada com esse regime de consultas. Também não há problemas de atendimentos de pessoas não cobertas pela ESF, uma vez que todas as equipes da cidade estão completas e com médico.

No programa de puericultura, a assistência à criança na faixa etária de menores de um ano é de um nível regular, com algumas dificuldades, como a falta da realização de triagem auditiva por não existir esse serviço na maternidade local, a falta de um programa de atendimento pelo setor odontológico e a irregularidade de frequência de consultas. Porém há dados que nos deixa bastante orgulhosos, principalmente a ampla cobertura vacinal e realização do teste do pezinho, graças à própria consciência das mães, ao sistema de vacina ser organizado, e aos esporádicos programas de ampla vacinação e realização do teste do pezinho, realizado em visitas domiciliares. A implantação de palestras ou encontros educacionais com as mães a fim de esclarecer melhor as patologias que acometem essa faixa etária; de protocolo de atendimento odontológico; e de acordos pela secretaria municipal com os consultórios privados, utilizando do princípio de saúde complementar a fim de realização dos exames de triagem auditiva, ou fornecer pelo próprio SUS; podem facilitar a superar tais problemas supracitados.

A assistência pré-natal é de um nível bom, com estrutura bem organizada de atendimentos e retornos programados, conforme orientação do protocolo do Ministério da Saúde, além de cobertura ampla na unidade. Na cidade há um espaço

físico denominado Saúde da Mulher, onde trabalha especialistas médicos na área de ginecologia e obstetrícia, durante toda semana, que dá um ponto de apoio a todas as unidades de saúde local, sendo, portanto acompanhando pré-natal de alto risco e nos ajudando com qualquer outro problema. As dificuldades mais encontradas neste setor se baseiam na demora em realizar os exames trimestrais de rotina; o baixo número de exames Papanicolau feitas neste período, devido à grande demanda neste setor e o medo de algumas mulheres se sentirem inseguras em fazê-lo neste período; e pouco acompanhamento da saúde bucal. Algumas medidas podem ser desenvolvidas, como palestras ou encontros educacionais com as gestantes a fim de esclarecer melhor todo o pré-natal, os exames pedidos e as medidas no pós-parto, principalmente relacionado ao exame ginecológico; protocolo de atendimento odontológico às gestantes; e melhor estruturação por parte dos órgãos municipais que competem à realização dos exames solicitados, visto que se torna um problema em todos os outros grupos de demanda na unidade de saúde.

No programa de saúde da mulher o enfoque é, sobretudo, na prevenção do CA (Câncer) do colo do útero e do CA de mama. Quanto à prevenção do CA de colo do útero verificou-se uma cobertura de em média 79 % das mulheres, com valores de citologias em dia, acompanhamento e orientações em educação de prevenção a desejar. A coleta do exame preventivo é realizada apenas pela enfermeira, que se baseia nas metas do PMAQ, em que inclui uma faixa etária mais ampla, e por consequência se diz sobrecarregada quanto à realização dos mesmos. Outra dificuldade observada foi a falta de programas educacionais voltados no sentido de reconhecimento e esclarecimentos dos fatores de risco, ficando esta tarefa exclusiva apenas, na oportunidade da consulta médica ou da enfermagem. Para isso, deve-se propor medida para solucionar tais problemas, como substituir um dia de atendimento médico, para este fazer a realização de exames de prevenção e criar protocolos de atendimento para uma melhor investigação dos fatores de risco.

Na prevenção do CA de mama o quadro fica mais preocupante, uma vez que se observou uma completa falta de informações principalmente porque segundo informações colhidas, o aparelho destinado à realização desse exame pelo SUS está quebrado e não tem nenhuma manutenção há mais de 2 anos, além de não possuir um especialista radiologista para laudar. Verificou-se uma cobertura de em média 30 % das mulheres na faixa etária pedida, sendo 50 % de mais de 3 anos de atraso e valores de acompanhamento e orientações em educação de prevenção a

desejar. As ações de prevenção e de solicitação da mamografia conforme orientação do ministério da saúde é realizada apenas no momento da consulta médica, ou enfermagem, não tendo um protocolo fixo de atendimento para estas pacientes, além de não possuir ações em saúde para essa faixa etária afim de orientações de prevenção e educação em saúde. A falta de radiologista e especialista também torna um problema irremediável, uma vez que muitos dos pacientes que necessitam de atendimento não possuem condições financeiras para arcar com um exame particular, ou com uma viagem até a cidade referenciada. Por isso deve-se exigir da gestão a contratação de profissionais radiologista e mastologistas para cidade, além de colocar aparelhos para a realização desses exames; criar protocolos de atendimento para uma melhor investigação dos fatores de risco para depois analisá-lo e assim poder programar alguma atividade educacional no sentido de resolvê-los; criar ou informatizar estes dados para a unidade de saúde ter acesso aos dados.

Em relação aos hipertensos, de acordo com os dados coletados, verificou-se uma cobertura de em média 44% dos hipertensos, com idade superior a 20 anos, o que na realidade é um número subestimado, uma vez, existe ainda muitos hipertensos não cadastrados. Quanto aos dados de qualidade ao serviço desse programa, o que se observa é uma baixa estratificação de risco, uma vez que anteriormente, a não fixação de um médico no posto de saúde dificultava tal processo, além do que na unidade não há o formulário específico de estratificação de risco. A demora na realização de exames periódicos, problema comum a todos os programas, por falta de uma estrutura organizacional dos gestores, dificulta muito o acompanhamento regular desses pacientes. A avaliação da saúde bucal também fica muito a desejar, seja por falta de programas específicos para atendimento dessa categoria, por falta de organização do próprio processo de trabalho e falta de infraestrutura para suprir essas necessidades. Algumas alternativas para solucioná-los, que poderia incluir: atualização dos dados da equipe após remapeamento; implantar com mais vigor a estratificação de risco, com a presença dos formulários específicos e estes anexados junto ao seu prontuário; melhoria na agilidade de realização de exames, com a implantação de mais laboratórios regidos pelo SUS, e implantação de protocolos de atendimento odontológico.

Em relação aos diabéticos, a problemática é muito semelhante. De acordo com os dados coletados, verificou-se uma cobertura de em média 48% dos

diabéticos, com idade superior a 20 anos, o que na realidade é um número subestimado pelos mesmos motivos. Também há os mesmos problemas da baixa estratificação de risco e demora na realização de exames periódicos, que neste grupo em especial torna um problema de maior gravidade, uma vez que os resultados de exames de glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, são fundamentais para avaliar a terapia medicamentosa. Para piorar ainda mais a situação, não há aparelho de glicemia capilar no posto, o que dificulta ainda mais avaliação dos mesmos.

A saúde do idoso é a principal limitação vista na minha unidade. Não há um programa específico para essa faixa etária, sendo os idosos atendidos em outros programas, não havendo a realização periódica da avaliação multidimensional rápida, exames, investigação dos riscos de fragilidade e nem da avaliação da morbimortalidade, seja pela demanda alta do posto, o que tecnicamente torna quase impossível de sua realização, mas, sobretudo pela falta de protocolos específicos desse tipo de avaliação. A avaliação da saúde bucal também deixa muito a desejar, seja por falta de programas específicos para atendimento dessa categoria, por falta de organização do próprio processo de trabalho e falta de infraestrutura para suprir essas necessidades. Pode-se pensar em algumas alternativas para solucioná-los, como: implantar um programa a saúde do idoso; atualização dos dados da equipe após remapeamento; melhoria na agilidade de realização de exames, com a implantação de mais laboratórios regidos pelo SUS; e implantação de protocolos de atendimento e avaliação clínica, com melhor organização no processo de trabalho e melhoria na qualidade de atendimento desta faixa etária.

Diante do que foi explanado, pode-se perceber que os principais problemas enfrentados são: a centralização de marcação de consultas e recebimento das medicações; poucas especialidades médicas existente e poucos exames cobertos pelo SUS, dando ênfase a exames fundamentais nos programas da saúde da família, como a triagem auditiva nos menores de um ano e a mamografia para prevenção do CA de mama; falta de protocolos de atendimento na saúde bucal e saúde do idoso; a carência no planejamento de atividades educativas em todos os setores já citados, começando pela falta de estrutura física para realização das mesmas; e um melhor organização no processo de trabalho da unidade.

A fim de solucionar tais problemas devem-se propor algumas soluções, como: reforma de melhoria e ampliação do posto, com pelo menos a construção de 2 salas,

uma destinada para atividades educacionais e a outra para farmácia, descentralizando o recebimento dos medicamentos; contratação de um administrador para o posto; investir na oferta de trabalho aos especialistas, podendo ser pela criação de concurso público nas áreas mais carentes; mais investimentos para ampliar os tipos de exames feitos pelo SUS, e ao mesmo tempo fazer mais convênios com as clínicas particulares; criação de protocolos de atendimento de estratificação de risco para hiperdia, de avaliação para os idosos, de atendimento odontológico em todas as faixas etárias e condições, e protocolos para atendimento para patologias aguda e livre demanda; cronograma para realização das atividades educacionais.

Alguns dos problemas supracitados, já estão sendo resolvidos. Após reuniões de equipe e solicitações com o gestor do município já conseguimos, há pouco mais de 2 semanas a contratação de um vigilante e o conserto do microcomputador fazendo com que se inicie a marcação de consulta no próprio posto. Outros estamos aguardando, como a promessa do gestor da contratação do administrador do posto, a vinda de mais computadores com acesso a internet, que inclusive foi exigência da equipe do ministério para efetivar as atividades de telessaúde. Os outros problemas como a reforma do posto, descentralização da farmácia e criação de concurso público para mais especialistas, ainda não há previsão para solução, já que alegaram que o município está passando por problemas financeiros por parte de má gestão passada. E a criação de protocolos e atividades educacionais ainda está sendo discutida nas reuniões.

Enfim, diante dos dados conclui-se que ainda têm muito problema a ser resolvido, destacando-se a realização de protocolos específicos e atendimento mais especializado na saúde dos idosos da unidade básica de saúde de São João. E para isso é preciso uma ação conjunta dos profissionais da unidade, juntamente com os gestores para assim poder proporcionar um atendimento de qualidade à esta população.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento rápido da população brasileira traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde. Dentro de alguns anos, segundo projeção da OMS, o Brasil terá uma população de aproximadamente 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, que deve merecer uma atenção especial, de forma a gozar de boa saúde, ter alegria de viver, e um máximo de vida ativa (MOREIRA, 1999).

A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (CARVALHO, 1993).

Na minha UBS, em relação à saúde do idoso, já foi relatado o descaso em relação ao seu acompanhamento. Não há um programa específico para essa faixa etária, apesar de ser previsto pelas normas nacionais do programa de saúde da família. Os idosos são atendidos em outros programas, como o hiperdia ou dia de consulta geral ou de visitas domiciliares, o que dificulta a coleta de dados e acompanhamento dessa população. Além da pobre cobertura, também é visto que não são realizadas ações no sentido de promoção de saúde nessa faixa etária, o que torna o problema mais alarmante. Também não temos um protocolo específico nem organização das atividades nesta faixa etária, sendo estas as principais razões da má qualidade de atendimento e por consequência da falta de dados que foi observado durante a realização das tarefas da análise situacional.

O número estimado de idosos na área em estudo, segundo a projeção da OMS, seria de 242 idosos, mas na localidade de São João possuía cerca de 267 registrados, sendo que destes 180 possuía consultas marcadas nos prontuários médicos, porém não configurava como parâmetro de cobertura, em que se é recomendado o número de 3 consultas por ano para pacientes idosos (BRASIL, 2006). Por este motivo a cobertura de idosos anterior à intervenção ficou comprometida de ser avaliada.

Visando facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica, o Ministério da Saúde elaborou o Caderno de Atenção Básica ⁵, em que oferece subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa, através de protocolos simples de rápida avaliação multidimensional e classificação de risco quanto à fragilidade e risco de morbimortalidade do idoso. E com tais características justifica a importância da utilização desses protocolos oficiais neste trabalho de intervenção.

A avaliação dos critérios clínicos, como a realização periódica da avaliação multidimensional rápida, a investigação dos riscos de fragilidade, a avaliação da morbimortalidade e coleta de exames periódicos não são realizadas, seja pela demanda alta do posto, o que tecnicamente torna quase impossível de sua realização, mas, sobretudo pela falta de protocolos específicos desse tipo de avaliação. A realização de exames periódicos, a centralização das solicitações de exames e o atraso em sua realização, por falta de uma estrutura organizacional dos gestores, dificulta muito o acompanhamento regular desses pacientes. A avaliação da saúde bucal nesta faixa etária também deixa a desejar, seja por falta de programas específicos para atendimento dessa categoria, por falta de organização do próprio processo de trabalho e falta de infraestrutura para suprir essas necessidades.

Devido aos problemas explicitados torna-se essencial a implementação de um programa específico com a criação de um protocolo de atendimento integral ao idoso, para assim ter um melhor subsidio para seu acompanhamento, atualizando seus dados com a colaboração de toda a equipe.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 OBJETIVOS

Objetivo geral: Melhorar a atenção á saúde do idoso na UBS São João, na cidade de Piripiri, no estado do Piauí

Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde
4. Melhorar registros das informações
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência
6. Promover saúde

2.2.2 METAS

- Relativas ao objetivo 1

1. Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 100%.
2. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
3. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.
4. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
5. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).
6. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.
7. Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção

- Relativas ao objetivo 2

8. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 3

9. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde

10. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

11. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

12. Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

13. Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

14. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

15. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica

- Relativas ao objetivo 4

16. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

17. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Relativas ao objetivo 5

18. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

19. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

20. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

21. Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos.

- Relativas ao objetivo 6

22. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

23. Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

24. Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

25. Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 METODOLOGIA

A intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde São João, em Piripiri (Piauí), no período de três meses, de outubro a dezembro de 2013. Trata-se de uma intervenção voltado para a saúde do idoso atendida na UBS, constituída de três fases. A primeira fase consiste no delineamento da problemática e a capacitação dos profissionais. A segunda fase consiste na aplicação do instrumento de estudo à população selecionada. E a terceira fase consiste na análise dos dados colhido e determinação dos resultados alcançados.

As ações foram divididas em quatro eixos (qualificação da prática clínica; engajamento público; organização e gestão do serviço; e monitoramento e avaliação) para melhor organizar e ter uma melhor efetividade, abrangendo todos os setores envolvidos na atenção básica, como os profissionais da equipe, os gestores e a comunidade.

Neste sentido, a população assistida foram os usuários com 60 anos ou mais que buscaram atendimento médico na unidade de saúde em questão, bem como aqueles acamados ou com problemas de locomoção e os profissionais que fizeram parte do estudo foram o médico e a enfermeira, os dois técnicos de enfermagem e os seis agentes comunitários de saúde.

O instrumento de estudo foi delineado em três fichas espelhos que através dos dados colhidos nestas fichas se podem calcular os indicadores previstos. Estas três fichas eram: ficha – espelho dos dados gerais de cadastramento, ficha de instrumentação da avaliação rápida dimensional e a ficha-espelho dos dados de rastreamento dos hiperdia e participação da orientação nutricional e atividade física.

A ficha-espelho de cadastramento era primeiramente preenchida pela atendente e o profissional da sala de vacinação, no momento imediatamente anterior à visita domiciliar ou à consulta médica ou da enfermeira, em que eles preenchiam apenas os dados gerais (como exemplo: idade, gênero, mensuração de pressão arterial, dentre outros). A avaliação multidimensional que seguia na mesma ficha utilizada na presente intervenção foi adaptada de acordo com as condições físicas, de insumo e de capacitação dos profissionais envolvidos, portanto não segue exatamente com a avaliação demonstrada pelo Caderno de Atenção Básica, de número 9, do ano 2006, confeccionado em Brasília. Esta avaliação multidimensional

utilizada no trabalho, juntamente com a segunda ficha que era o instrumento da avaliação rápida multidimensional, foram realizadas e corretamente preenchidas pelo médico e enfermeiro da equipe, durante as consultas e visitas domiciliares programadas.

E a última ficha, a ficha-espelho dos dados de rastreamento dos hiperdia e participação da orientação nutricional e atividade física, foi preenchida pelas agentes de saúde, durante suas visitas domiciliares de rotina dos pacientes cadastrados na microárea em que era responsável.

Os dados colhidos por essas três fichas formaram as variáveis do estudo e estas utilizadas para compor os indicadores da intervenção. Todas estas variáveis estão em comum acordo com os objetivos do trabalho.

2.3.1 DETALHAMENTO DAS AÇÕES

1- Ampliar a cobertura dos atendimentos dos idosos

a. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- A avaliação foi realizada seguindo o protocolo já citado na metodologia, em foi feita uma consulta de forma a abranger os principais problemas na faixa etária: diabetes, hipertensão, nutrição, osteoporose, quedas, saúde bucal, depressão e vacinação. E através disso teve o monitoramento das ações: ida para consulta, resultado de exames, uso de medicamentos, e o rastreamento dos idosos hipertensos ou aqueles com a pressão sustentada acima de 135/80 mmhg.

b. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Recolheu e atualizou os números de idosos cadastrados e não-cadastrados; separando os dados dos idosos acamados ou com impossibilidade de locomoção.
- Acolheu os idosos, reservando um turno, semanalmente, de atendimento, já incorporando na minha UBS, como um programa do próprio ESF, saúde do idoso. As consultas foram organizadas, assim como qualquer outro programa, com uma quantidade de consultas a decidir, e sempre reservando cerca de 10-20% em casos de urgência. Os idosos acamados ou impossibilitados de se locomoverem ao posto tiveram seus atendimentos por visitas domiciliares, como já estava sendo realizado anteriormente.
- Nos prontuários de todos os idosos foi anexada a caderneta do idoso, a ficha-espelho dos dados gerais de cadastramento, onde continha o protocolo de avaliação rápida multidimensional e a ficha de instrumento da avaliação rápida multidimensional.
- As consultas com idosos foram baseada no preenchimento correto desses protocolos, sendo realizada pela médica e enfermeira.

c. ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Através dos dados do protocolo, organizou os dados colhidos, estratificou os idosos de acordo com suas principais necessidades e atualizou os dados no SIAB.

- Foram realizadas ações conjuntas com o NASF, para melhor organização dessas atividades.

d. QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitou toda a equipe para correto preenchimento das fichas de protocolos e avaliação multidimensional do idoso, através de palestras durante as reuniões semanais da equipe.
- Capacitou toda a equipe para correta orientação a ser dada para os idosos sobre o que consistia tal intervenção, e seus principais objetivos.
- Capacitou as agentes de saúde para realização de exames simples, que facilite no momento das consultas.

2- Melhorar a adesão do idoso ao programa de saúde

a. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- As primeiras consultas foram previamente marcadas por ordem, conforme necessidade.
- Através dos protocolos tiveram o monitoramento das idas para consulta.
- Realizou a busca ativa dos idosos que não compareciam às consultas.

b. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- As agentes de saúde foram encarregadas de avisar, com mínimo de uma semana de antecedência o dia e horário da consulta.

c. ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientou os idosos, de forma individual, em cada consulta, a importância da proposta de intervenção.

d. QUALIFICAÇÃO

- Capacitou toda a equipe para correta orientação a ser dada, quanto aos dias da consulta e a importância do projeto de intervenção.

3- Melhorar a qualidade de atenção ao idoso

a. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Acolheu os idosos, reservando um turno, semanalmente, de atendimento, como um programa do próprio ESF, saúde do idoso.
- Criou o protocolo de avaliação rápida multidimensional.
- Realizou o exame clínico detalhado, com análise também dos medicamentos e exames complementares.
- Realizou orientação nutricional e atividade física durante as consultas médicas/enfermeira e durante as visitas domiciliares das agentes de saúde dos pacientes cadastrados na microárea em que era responsável.

b. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Nos prontuários de todos os idosos foi anexada a caderneta do idoso e as fichas-espelhos dos dados relevantes.

c. ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Realizou orientação individual nutricional e da importância da atividade física para prevenção de doenças.
- Ações conjuntas com o NASF, para melhor organização dessas atividades.

d. QUALIFICAÇÃO

- Capacitou toda a equipe para correto preenchimento das fichas.
- Capacitar para correta orientação a ser dada.

4- Melhorar o registro de informações

a. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorou a qualidade dos registros dos idosos acompanhando nesta Unidade de Saúde.

b. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Todo prontuário dos idosos acima de 60 anos foram separados e organizados.
- Em todo prontuário anexou a ficha espelho do protocolo de avaliação rápida multidimensional.
- As consultas com idosos foram baseada no preenchimento correto desses protocolos.

c. ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Através com os dados do protocolo, organizou os dados colhidos, estratificou os idosos de acordo com suas principais necessidades e atualizou os dados no SIAB.

d. QUALIFICAÇÃO

- Capacitou toda a equipe para correto preenchimento das fichas de protocolos e avaliação multidimensional do idoso.
- Capacitou toda equipe para correta orientação a ser dada.

5- Mapear os idosos de risco de área de abrangência

a. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Rastreou os idosos de risco e através destes dados, obteve uma maior vigilância, com consultas marcadas fora do programado, caso seja necessitado.

b. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Orientou as agentes de saúde para maior vigilância aos idosos de risco.

c. ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Através dos dados do protocolo, organizou os dados colhidos, estratificou os idosos de acordo com suas principais necessidades e atualizou os dados no SIAB.

d. QUALIFICAÇÃO

- Capacitou toda a equipe para correto preenchimento das fichas.

- Capacitou a equipe para correta orientação a ser dada.

6- Promoção de Saúde

a. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Orientou para correta nutrição conforme o resultado no protocolo de avaliação multidimensional.
- Orientou sobre a correta atividade física, conforme o protocolo de avaliação multidimensional.

b. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Nos prontuários de todos os idosos foi anexada a caderneta do idoso e uma folha-espelho em que terá o protocolo de avaliação rápida multidimensional.
- Foi preenchida na caderneta do idoso as devidas orientações quanto à nutrição e prática de exercício físico.

c. ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Através com os dados do protocolo, organizou os dados colhidos, estratificou os idosos de acordo com suas principais necessidades e atualizou os dados no SIAB.
- Realizou ações conjuntas com o NASF, para melhor organização dessas atividades.

d. QUALIFICAÇÃO

- Capacitou toda a equipe para correto preenchimento das fichas de protocolos e avaliação multidimensional do idoso, através de palestras.
- Capacitou a equipe para correta orientação a ser dada.

2.3.2 INDICADORES

Indicador referente à meta 1: Ampliar a cobertura

1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

4. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)

5. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Indicador referente à meta 6: Fazer visita domiciliar odontológica de 100% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção

6. Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica

Numerador: Número de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência acamados ou com dificuldade de locomoção cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 7: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento)

7. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 8: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

8. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador referente à meta 9: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos

9. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dias

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 10: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde

10. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos

11. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 12: Concluir o tratamento odontológico em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica programática

12. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Indicador referente à meta 13: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% dos idosos cadastrados.

13. Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 14: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos com primeira consulta odontológica

14. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação de necessidade de prótese.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador referente à meta 15: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

15. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 16: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

16. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 17: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

17. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 18: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos idosos

18. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia

Numerador: Número de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador referente à meta 19: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

19. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 20: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

20. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 21: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

21. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas

22. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos

23. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

Numerador: Número de idosos com orientação para prática de atividade física regular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador referente à meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática

24. Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia

Numerador: Número de idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador referente à meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 100% dos idosos cadastrados

25. Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal

Numerador: Número de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 LOGÍSTICA

Para realização da intervenção na atenção à saúde do idoso foi recolhido informações do Caderno de Atenção Básica, de número 9, do ano 2006. Este caderno ofereceu subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa, através de protocolos simples de rápida avaliação multidimensional. Mas para o uso na intervenção foi feita algumas adaptações no sentido de adequar aos instrumentos fornecidos na unidade de saúde, e foi confeccionado uma outra avaliação rápida multidimensional, descrita na ficha-espelho de cadastramento geral e ficha de instrumentação da avaliação rápida multifuncional.

Foram retiradas as avaliações de visão, audição e cálculo do IMC porque não tinha o cartão de Jaeger, otoscópio e antropômetro de adulto necessários para a realização dos testes visuais e de audição e para medição da altura, respectivamente. Foram também retirados a aplicação da escala de depressão geriátrica, dos testes de memória e dos testes de marcha e equilíbrio por falta de tempo para capacitação dos profissionais. E quanto às perguntas relacionadas a atividade sexual optou-se por adaptá-las na anamnese normal aos pacientes, para evitar constrangimento no momento da realização da avaliação multidimensional.

Foi destinado um turno pela tarde, às terças-feiras, semanalmente, para atendimento dos idosos cadastrados. No próprio prontuário do usuário da unidade de saúde anexaram as três fichas: ficha – espelho dos dados gerais de cadastramento, ficha de instrumentação da avaliação rápida dimensional e a ficha-espelho dos dados de rastreamento dos hiperdia e participação da orientação nutricional e atividade física. A impressão de tais fichas foi dada pelo gestor municipal. Cada usuário também teve a caderneta de idoso, já confeccionada e presente na unidade. Nesta caderneta constavam as informações principais obtidas pelo protocolo acima e ficava para o próprio idoso. Também realizou uma avaliação mensal, onde foram coletados os dados do mês e preenchidos corretamente na planilha de coleta de dados disponibilizada pela especialização.

A ficha-espelho de cadastramento era primeiramente preenchida pela atendente e o profissional da sala de vacinação, em que eles preenchiam apenas os dados gerais e a avaliação multidimensional que seguia na mesma ficha, com a ajuda do instrumento de avaliação rápida multidimensional, eram preenchidas pelo

médico e enfermeiro da equipe, durante as consultas e visitas domiciliares programadas. E a última ficha, a ficha-espelho dos dados de rastreamento dos idosos com hipertensão e participação da orientação nutricional e atividade física, foi preenchida pelas agentes de saúde.

Para a Viabilização e logística das ações, realizou uma capacitação dos membros da equipe. Os agentes comunitários de saúde foram capacitados para rastrear os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou Diabetes Mellitus descompensado. Desta maneira conseguiu-se ter uma maior vigilância aos idosos que serão classificados de alto risco, verificando quais estavam conseguindo ter acesso à realização dos exames e medicamentos pedidos, e quais estavam participando da orientação nutricional e de atividade física.

A atendente e o profissional da sala de vacina foram capacitados a preencher corretamente, na ficha geral de atendimento, os idosos que estavam comparecendo às consultas, os que eram acamados ou com problemas de locomoção, os que necessitavam de busca ativa, orientando o dia e horário das consultas.

O enfermeiro foi capacitado para atendimento à pessoa idosa de acordo com protocolo adotado na UBS, realizando a Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos da área de abrangência, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Começou a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde para toda a equipe. Esta capacitação ocorreu na própria UBS, e para isto foi reservado um turno por semana para realizar o encontro. As capacitações foram realizadas através da exposição do conteúdo abordado no manual técnico, em que cada membro da equipe estudou uma parte do manual técnico e expôs o conteúdo aos outros membros da equipe. Buscamos apoio junto ao gestor para dispor de material impresso e recursos audiovisuais, que facilitou o aprendizado de todos.

2.3.4 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	SEMANAS															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Coleta de dados de todos os idosos da área cadastrados	x	x														
Capacitação da equipe de saúde da UBS sobre o protocolo de avaliação multidimensional;	x	x	x													
Confecção das fichas e estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática;				x												
Fornecimento das impressões das fichas pelo gestor municipal				x												
Início da intervenção: atendimento clínico dos idosos acima de 60 anos					x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x
Monitoramento da intervenção								x				x				x

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção dos idosos de uma forma geral foi bem satisfatório. A maioria das ações previstas foram desenvolvidas, não na proporção desejada, mas pelo menos confirmou-se a tendência da consolidação do protocolo de atendimento ao idoso, sendo este serviço facilmente incorporado na rotina da unidade básica de saúde.

As ações previstas que foram cumpridas na sua totalidade foram: o cadastramento e realização das visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção; o rastreamento dos idosos com hipertensão arterial sistêmica e aqueles diabéticos em que tinham a pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; a realização da avaliação multidimensional rápida dos idosos; a realização da solicitação de exames complementares periódicos para idosos hipertensos e/ou diabéticos; a manutenção registro específico e distribuição da caderneta para os idosos cadastrados.

As principais dificuldades encontradas foram: a ampliação da cobertura dos idosos; busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas e a avaliação do acesso aos medicamentos prescritos dos idosos.

Ao longo da intervenção foi observado um aumento de falta dos idosos que eram marcados para a enfermeira porque os idosos preferiam marcar para a médica devido a cultura de privilegiar tal atendimento, o que acarretou numa diminuição de cobertura. Além disso, a busca ativa dos idosos que era feita durante a intervenção durante as visitas domiciliares pelas agentes de saúde não teve resultados promissores porque sempre tinha problemas de comunicação com a agente e/ou paciente, o que acabou não sendo conseguido ao longo da intervenção.

A avaliação do acesso aos medicamentos refletiu a problemática de qualquer outro tipo de atendimento, que é dificuldade no acesso às medicações por falta de abastecimento da única farmácia popular da cidade, em que muitas vezes o paciente preferia comprar o remédio em farmácias não credenciadas, o que acabava dificultando a realização do objetivo acima.

No início do trabalho foram propostos alguns objetivos e metas que por conta de adequação à situação do posto de saúde foram retirados alguns e adequados outros objetivos propostos.

Os objetivos que foram retirados da intervenção foram: todas as atividades relacionadas à odontologia por recusa pessoal do profissional; a avaliação do risco de morbimortalidade, do risco de fragilidade e da rede social dos idosos por falta de aceitação da capacitação dos profissionais envolvidos. Adequou-se o exame clínico apropriado dos diabéticos, com a palpação apenas dos pulsos pediosos em virtude da falta de material para teste de sensibilidade, e também foi adequada a avaliação multidimensional que é fornecida pelo ministério da saúde, de acordo com a disponibilidade de recursos e a capacitação dos profissionais envolvidos.

A ação prevista no projeto que não cumpriu foi a marcação da palestra pelo nutricionista e educador físico, no que se refere aos objetivos de orientação nutricional e de atividade física. Ao longo de toda intervenção aguardou-se uma resposta da data da palestra dos respectivos profissionais, mas eles não retornaram. Para contornar este problema, os idosos estavam recebendo uma orientação dada apenas nas consultas diárias, e no decorrer da avaliação multidimensional, empregada pelo médico e enfermeira.

De modo geral, não houve tantas dificuldades na coleta dos dados e sistematização dos dados ao longo da intervenção, uma vez que as tarefas foram divididas para os profissionais participantes, a cada final do mês eram revistos e organizados os dados coletados e no final conseguiu-se organizar e formar todos os indicadores almejados.

Nas consultas diárias o que se percebeu foi que o projeto incorporou-se na rotina do trabalho da equipe e a própria população já reconhece como uma forma diferenciada e organizada no atendimento.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 RESULTADOS

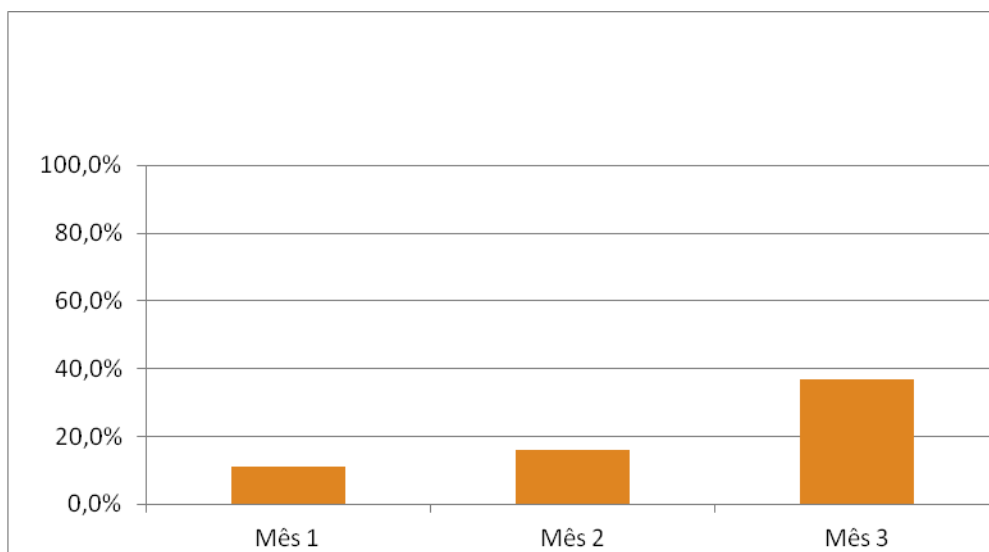
A intervenção tratou da melhoria do atendimento aos idosos, na unidade básica de saúde São João, na cidade de Piripiri. O número estimado de idosos na área em estudo, segundo a projeção da OMS, seria de 242 idosos, mas na localidade de São João possuía cerca de 267 registrados, sendo que destes 180 possuía consultas marcadas nos prontuários médicos, porém não configurava como parâmetro de cobertura, em que se é recomendado o número de 3 consultas por ano para pacientes idoso. Por este motivo a cobertura de idosos anterior à intervenção ficou comprometida de ser avaliada.

Foram consideradas idosas todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Os idosos incluídos na cobertura foram àqueles atendidos em consulta médica ou da enfermeira na unidade de saúde ou durante visita domiciliar de ambos os profissionais.

A primeira meta era ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na UBS para 100%, porém alcançando 36,7% da população estimada.

Dos 267 idosos registrados foram consultados e cadastrados na intervenção apenas 98 idosos, configurando uma cobertura aquém do que se objetivava. No primeiro mês foi de 11,2%, no segundo de 16,1% e no terceiro 36,7%.

Ao longo da intervenção foi observada uma diminuição de marcação das consultas para a enfermeira, já que os próprios idosos titulavam as consultas médicas mais importantes o que diminuiu o número de idosos participantes, já que a médica não podia suportar essa adição no número de consultas. E talvez se a intervenção perdurasse mais, essa cobertura poderia aumentar e assim ter todos os benefícios futuros de suas ações.

Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na ESF**Figura 1 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso.**

A segunda meta era cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, baseando-se na estimativa de 9% dos idosos da área. Como indicador tínhamos a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados da área de abrangência da UBS, em que foi encontrado um total de 40 idosos e o denominador o número de idosos acamados ou com problema de locomoção estimado pelo programa do Excel fornecido pela planilha de coleta de dados e indicadores, em que se baseava no valor em torno de 9% de todos os idosos (total: 19.9). Por essa razão o resultado superou valores acima de 100%, como visto no gráfico 2.

Quando se foi feita a coleta desses dados assombrou-se o fato de haver mais que o dobro de idosos acamados ou com problemas de locomoção na área. O motivo de tal fato deve-se ao elevado número de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico, trauma e amputação de membros inferiores por acometimento vascular periférico do uso crônico do tabagismo ou por diabetes mellitus descompensado.

Tal achado apenas reforçou a ideia inicial de que tais idosos eram mal acompanhados, que não eram assistidos para poder prevenir tais eventos finais que culminam na sua incapacidade e que não tinha uma orientação básica de cuidados gerais de prevenção, como uma alimentação adequada, uso adequado das medicações para diabetes, prática de exercícios físicos e abandono ao tabagismo.

Porém anulando o erro da estimativa do denominador, conseguiu-se obter o cadastramento dos 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Gráfico 2: Proporção de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados na ESF

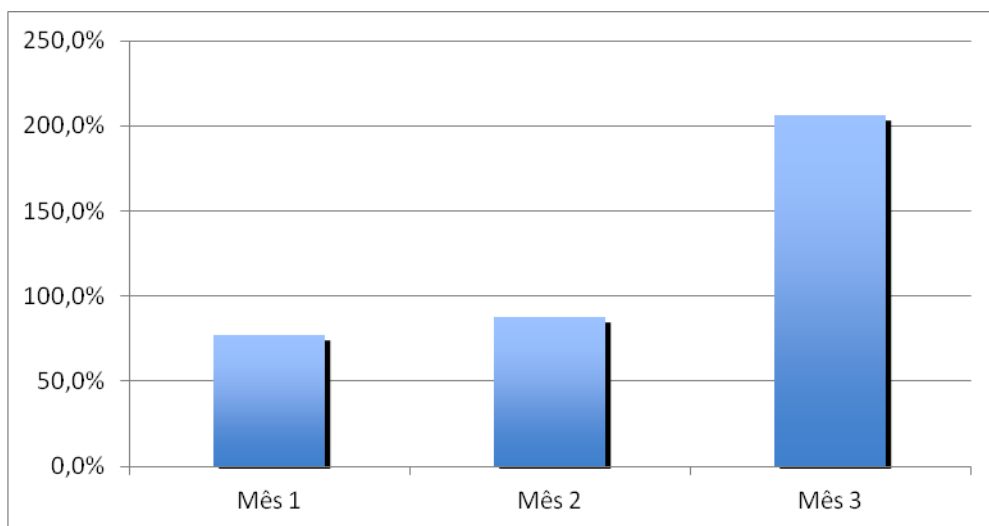


Figura 1 - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

A terceira meta era realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. O indicador era a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar e o denominador era o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Conseguir realizar as visitas domiciliar a todos os 40 idosos cadastrados como acamado ou com dificuldade de locomoção. Não teve tantas dificuldades neste indicador porque já era rotina as visitas domiciliares semanais, e apenas foi incorporado o protocolo de atendimento feito na intervenção.

Gráfico 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na ESF

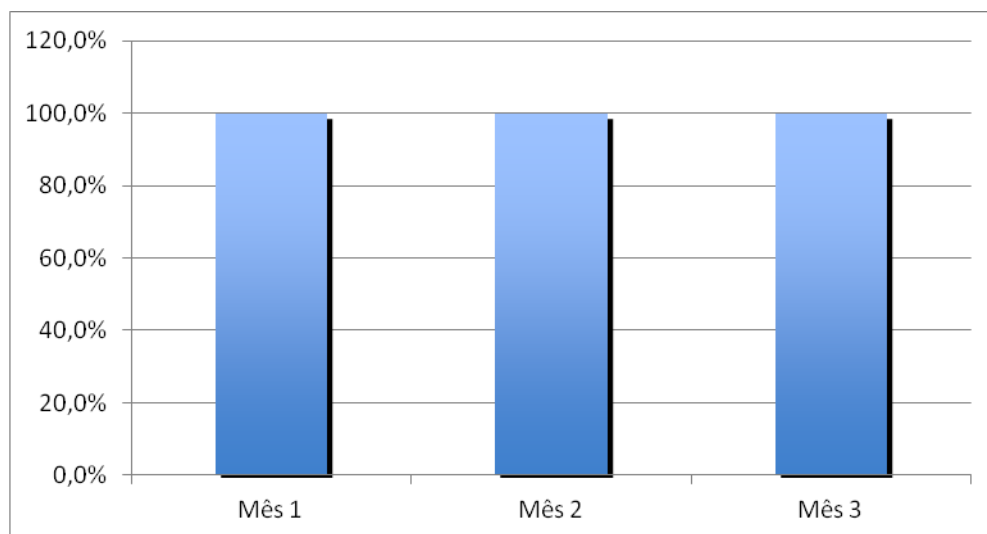


Figura 3 - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

A quarta meta era Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O indicador era proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

No decorrer de todos os três meses foram todos os 98 idosos rastreados, alcançando a meta 100%.

A verificação da pressão arterial já era uma rotina no serviço para todos os tipos de atendimento, sobretudo na faixa etária dos idosos. E os que não foram consultados anteriormente ao início da intervenção, foi verificado a pressão arterial em todos os participantes da intervenção, uma vez que a mensuração da pressão arterial fazia parte da rotina da ficha de cadastramento geral utilizada no respectivo trabalho.

Gráfico 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na ESF

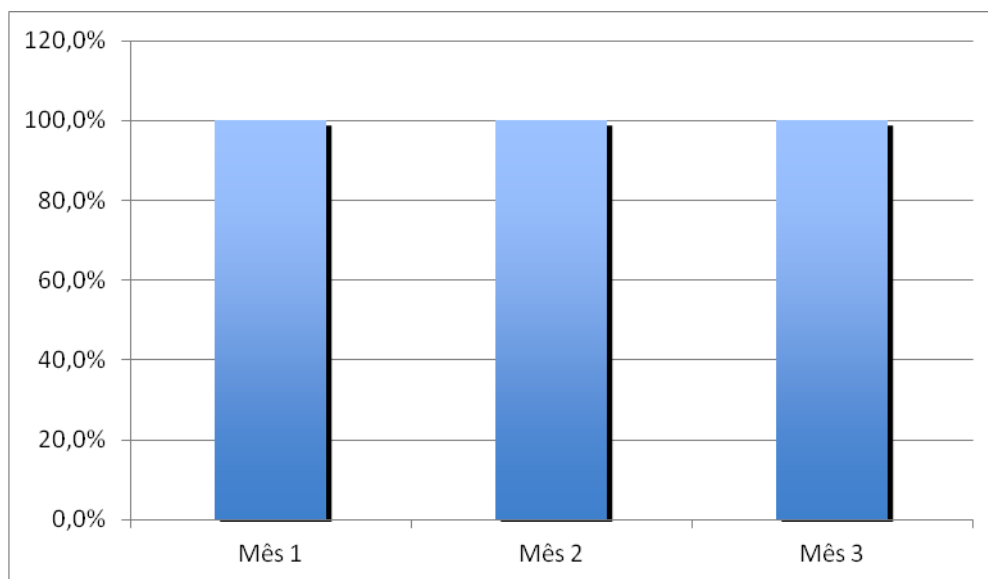
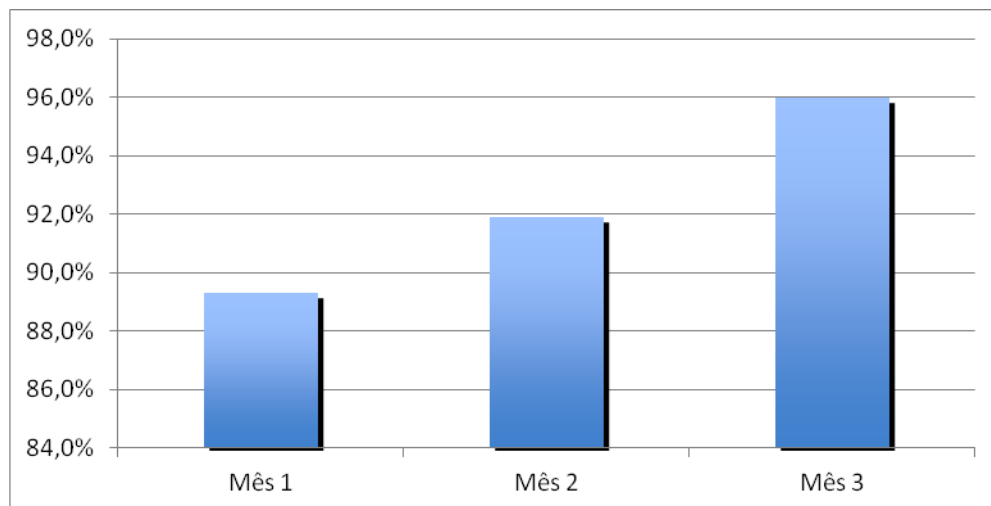


Figura 4 - Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

A quinta meta era rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM). O indicador traduzia o número de idosos hipertensos rastreados para diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde e o denominador o número de idosos cadastrados no programa.

No decorrer do primeiro, segundo e terceiro mês foi rastreado respectivamente, 25, 34 e 72 idosos, o que no final alcançou a meta de 96%. O rastreamento para diabetes em pacientes hipertensos já era uma rotina no serviço, apenas adequou-se ao trabalho. Não se conseguiu atingir o valor máximo pela mesma justificativa do pequeno tempo da intervenção e de que muitos idosos faltavam às consultas da enfermagem, como aconteceu na primeira meta já supracitada.

Gráfico 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na ESF**Figura 5 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes**

A oitava meta era buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas. O indicador era o número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde. E o denominador o número de idosos faltosos às consultas programadas.

Obteve-se resultado de 100% do objetivo em cada mês da intervenção. No decorrer desta procurou-se organizar essa ação para agentes de saúde, de maneira organizada e estruturada.

A busca ativa dos idosos foi realizada pelas agentes de saúde, destinando estes para enfermeira e os mais urgentes para a médica. Esta foi uma atitude realizada ao longo de toda a intervenção, efetivando-se no final do segundo mês em que se percebeu que o número de faltosos às consultas para a enfermeira estava cada vez mais diminuindo.

Conseguiu-se o valor aproximado previsto de 100%. Tal quadro configura-se a velha cultura de dar relevância apenas às consultas do profissional médico, em detrimento das demais profissões no posto de saúde. Talvez se o projeto se estendesse poderíamos ter mudado essa realidade!

Gráfico 6: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam a busca ativa na ESF

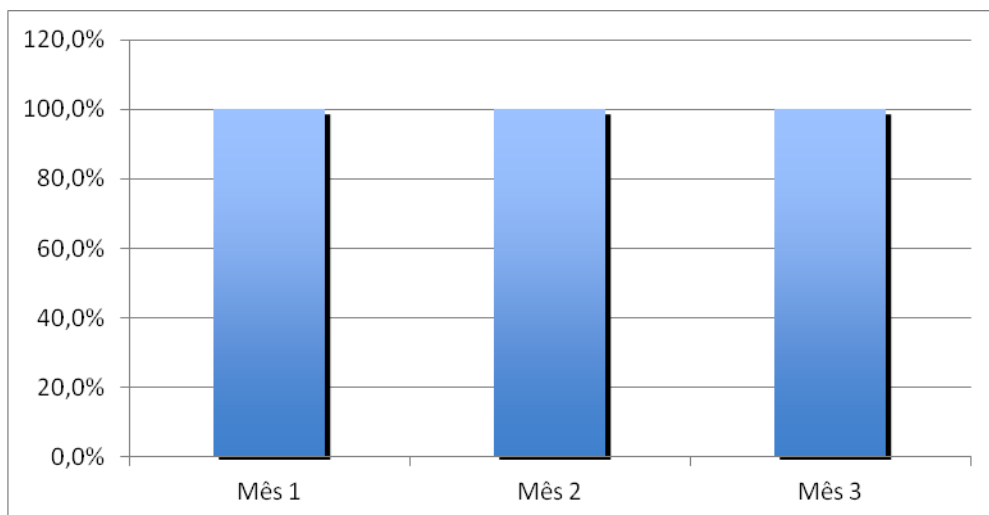
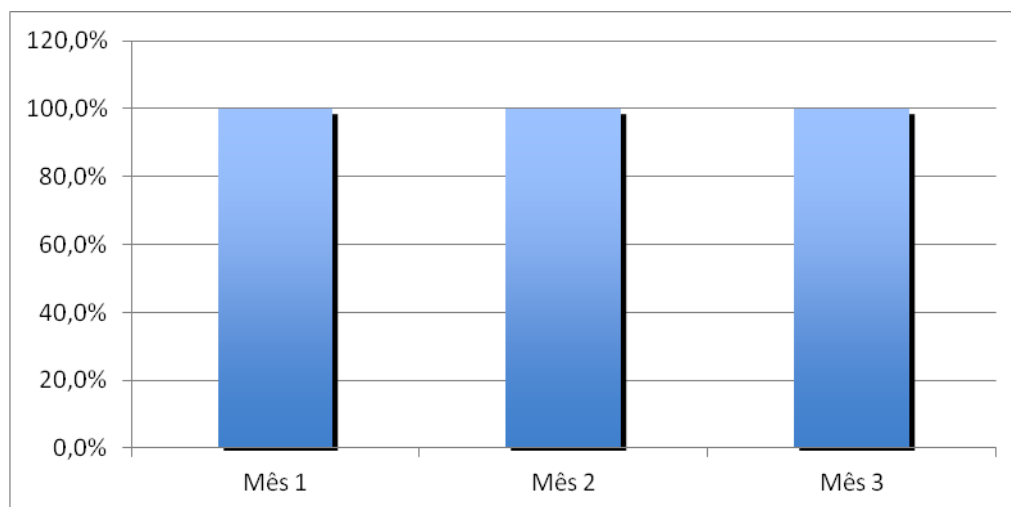


Figura 6 - Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

A nona meta era realizar o exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso.

O indicador era o número de idosos com exame clínico apropriado em dia e o denominador era o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

O resultado foi de 100% da meta em cada mês da intervenção. A avaliação dos pulsos tibial posterior e pedioso já fazia parte da rotina do exame físico realizado na UBS.

Gráfico 7: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia**Figura 7 - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia**

A décima meta era realizar a Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

O indicador traduzia-se no numerador o número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Atingiu-se 100% da meta no final de cada mês em que foi realizada a intervenção porque esta fazia parte do protocolo de atendimento programado, sendo esta avaliação preenchida na ficha geral de cadastramento, baseada na ficha de instrumentação da avaliação rápida multidimensional adaptada às condições da população estudada.

Gráfico 8: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na ESF

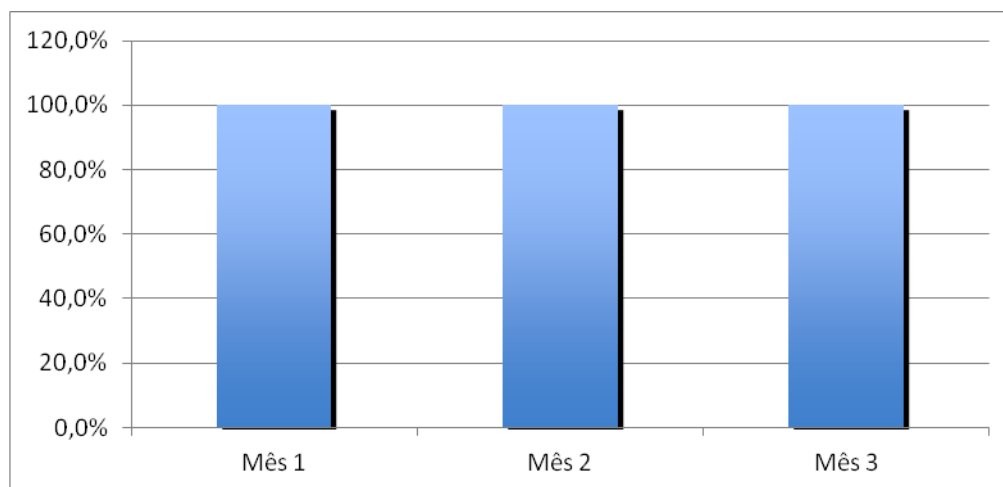


Figura 8 - Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

A décima primeira meta era realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

O indicador era o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Alcançou-se uma cifra de 100% da meta em cada mês do trabalho. A solicitação de exames periódicos em pacientes com hipertensão e/ou diabetes já fazia parte da rotina do exame realizado na UBS, sendo realizado pelo menos uma vez anual já que fazia parte do protocolo de atendimento do hiperdia regulamentado pelo ministério da saúde.

Gráfico 9: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

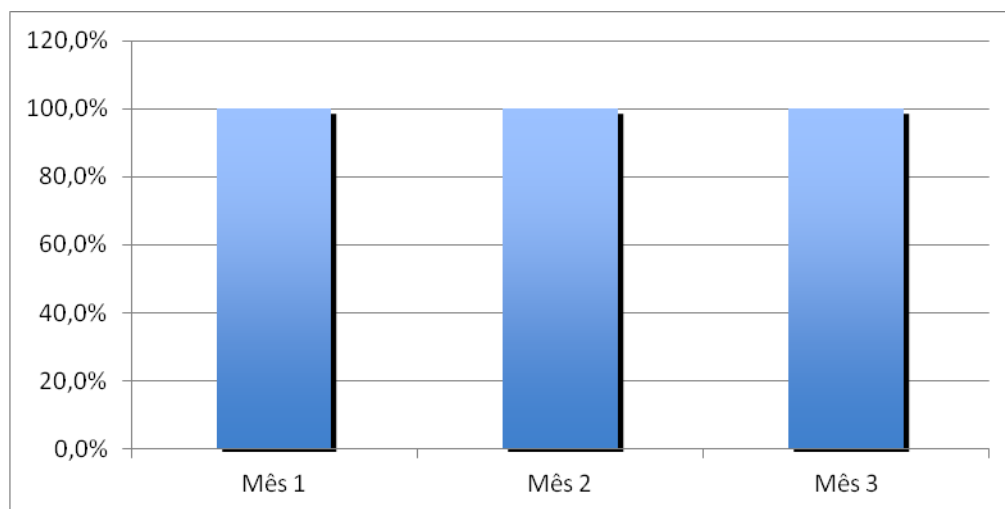


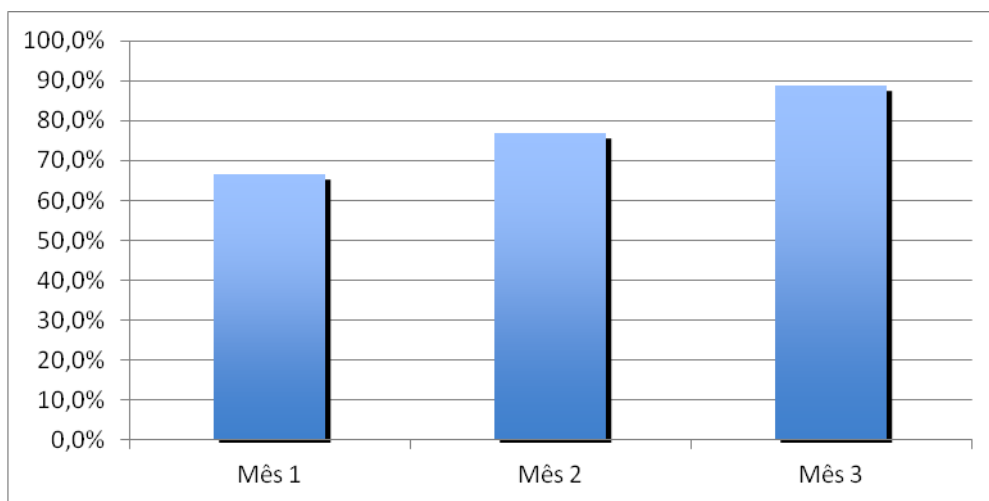
Figura 9- Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

A décima nona meta era realizar a avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos.

O indicador era a proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Alcançou-se uma cifra dos idosos respectivamente nos primeiro, segundo e terceiro mês de 20, 33 e 87, no final correspondendo a 88.8% da meta.

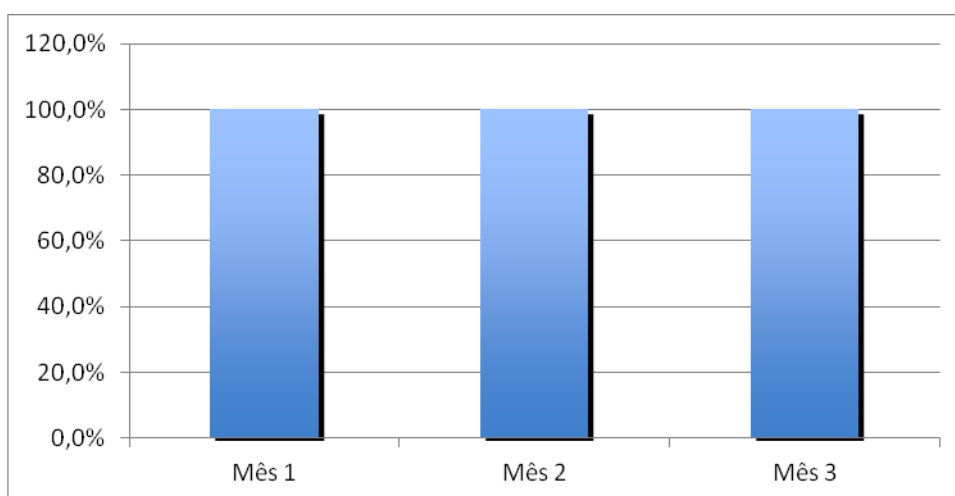
No decorrer da intervenção procurou-se organizar essa ação para agentes de saúde, mas tornou-se uma problemática, porque muitos pacientes preferiam comprar as medicações prescritas em virtude da distância à farmácia central do município ou muitas vezes tinha acesso a algum medicamento e a outro não por essa farmácia, ficando, portanto esses dados de difícil avaliação e interpretação.

Gráfico 10: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos**Figura 10 - Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos**

A vigésima meta era manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

O indicador era a proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Atingiu-se 100% da meta no final de cada mês porque fazia parte do protocolo de atendimento de todos os idosos consultados, anexados no prontuário de cada paciente.

Gráfico 11: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia**Figura 11 - Proporção de idosos com registro em ficha espelho em dia**

A vigésima primeira meta era distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

O indicador era a proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Atingiu-se também 100% da meta no final de cada mês porque fazia parte do protocolo de atendimento de todos os idosos consultados.

Gráfico 12: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na ESF

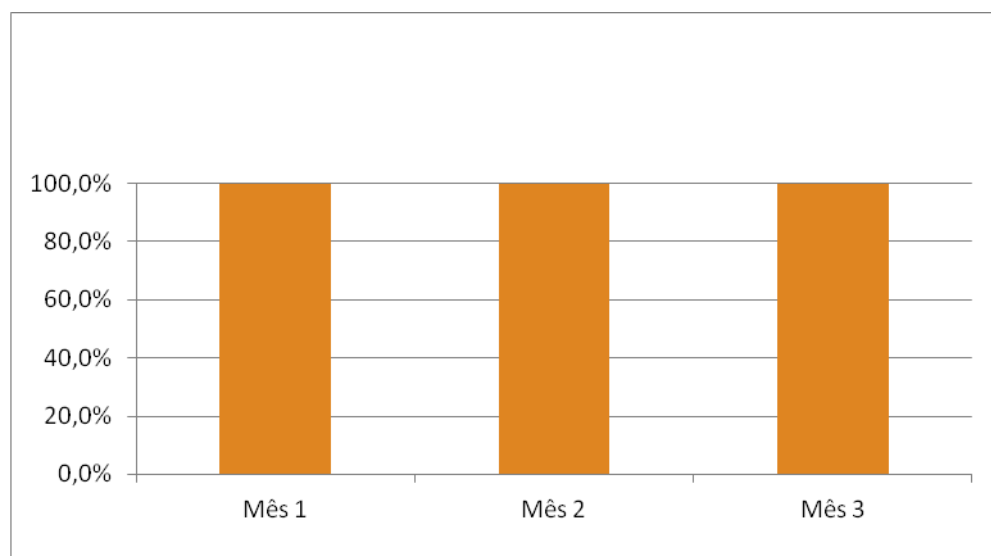


Figura 12 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A vigésima segunda meta era garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

O indicador era proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Alcançou-se 100% da meta no fim de cada mês porque fazia parte do protocolo de atendimento de todos os idosos consultados.

Gráfico 13: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

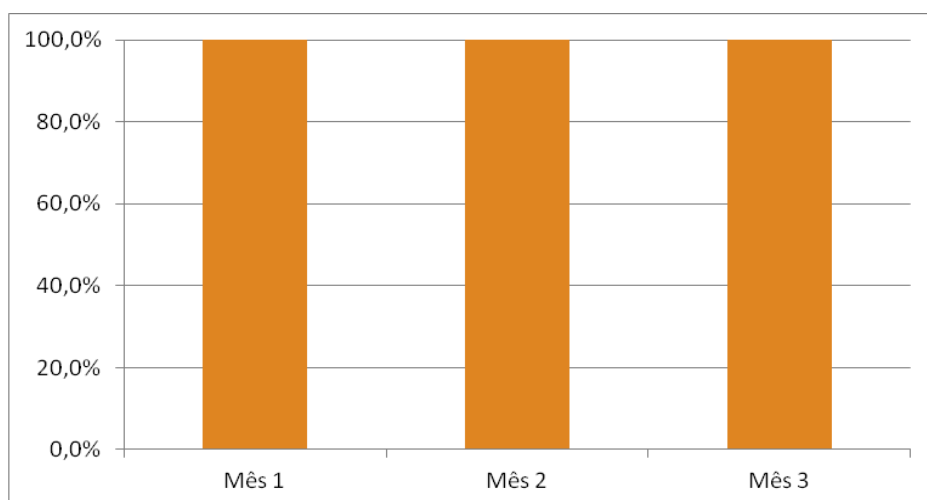


Figura 13- Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

A vigésima terceira meta era garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

O indicador era proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular e o denominador o número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Alcançou-se também 100% da meta pelos mesmos motivos anteriores, uma vez que já fazia parte do protocolo de atendimento de todos os idosos consultados.

Gráfico 14: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na ESF

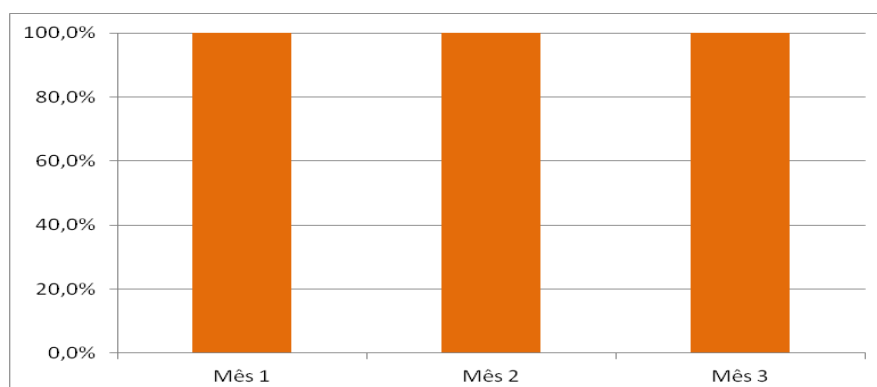


Figura 14- Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

4.2 DISCUSSÃO

O projeto de intervenção dos idosos de uma forma geral foi bem satisfatório. A maioria das metas foi alcançada, o que consolidou a adoção do protocolo de atendimento ao idoso empregado como sendo algo facilmente incorporado na rotina da unidade básica de saúde.

Os principais objetivos do projeto foram cumpridos: cadastrou 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; realizou visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; rastreou 100% dos idosos para hipertensão arterial sistêmica (has); rastreou 100% dos idosos hipertensos para diabetes mellitus (dm); realizou busca ativa dos 100% idosos que faltaram à consulta; realizou avaliação multidimensional rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do ministério da saúde; realizou o exame clínico apropriado em dia dos 100% dos idosos cadastrados; realizou a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos; mantiveram registro específico de 100% das pessoas idosas, distribuiu-se a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados e garantiu orientação nutricional para hábitos alimentares e para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Tais objetivos supracitados foram alcançados graças à implantação da própria rotina e ações propostas ao longo da intervenção. Todos os idosos cadastrados no programa (total: 98), seja aquele que iria à consulta ou aqueles em que eram realizados as visitas domiciliares eram registrados e cadastrados nas fichas-espelhos específicas, submetendo-se à medida da pressão arterial e sendo, portanto rastreados para hipertensão arterial sistêmica. Também se realizava a avaliação multidimensional, quando realizávamos o exame clínico apropriado, com exame físico dos pés e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. Quando detectávamos idosos hipertensos ou diabéticos, fazíamos o rastreio daqueles que mantinham a pressão sustentada maior que 135/85 mmHg e solicitavam-se os exames complementares, além de todos receberem a caderneta dos idosos,

A realização da visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção foi pelo previsto. O fato da nossa área, ter mais idosos acamados (total: 40), em visto da estimativa dada pelo programa do Excel fornecido pela planilha de coleta de dados e indicadores, em que se baseava no valor em torno de 9% de todos os idosos (total: 19.9), justificou-se o dados acima de 100% vistos nos resultados.

A orientação nutricional para hábitos alimentares e para a prática de atividade física regular foi dada apenas nas consultas diárias, no decorrer da avaliação multidimensional.

A busca ativa dos idosos foi realizada pelas agentes de saúde durante toda a intervenção, principalmente ao perceber que o número de consultas para a enfermeira estava diminuindo. Conseguiu-se o previsto de 100%.

As principais dificuldades encontradas foram à ampliação da cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde e a avaliação do acesso aos medicamentos prescritos. O tempo delimitado e o fato que ao longo da intervenção houve uma diminuição de marcação das consultas para a enfermagem foram os motivos da cobertura aquém do que se tinha almejado.

Outro problema bastante considerável, que é comum inclusive com qualquer outro tipo de atendimento, é dificuldade no acesso às medicações por falta de abastecimento da única farmácia popular da cidade.

Como se foi observado, a intervenção trouxe uma melhoria significativa no atendimento aos idosos. A comunidade beneficiou de um atendimento mais integral e organizado. A saúde do idoso que antes era esquecida, agora se tornou como prioridade e fazendo parte da rotina do funcionamento na UBS. A comunidade recebeu de braços abertos todo o protocolo que foi estabelecido e já acostumaram com a nova rotina de trabalho. Ao longo de toda a intervenção ficou nítidos a melhoria na saúde dos idosos, como melhor entendimento de tratamento e prevenção dos agravos que assola essa faixa etária.

A equipe também foi bastante solícita na elaboração e concretização das ações da intervenção. Utilizou-se dessa maneira a intervenção como fortalecimento das relações interpessoais da equipe, com aprimoramento da idéia de que o trabalho em equipe é a melhor opção em um ambiente de trabalho. A divisão do trabalho desde o início fortaleceu o elo de conquista e superação.

Para o serviço a intervenção só trouxe resultados promissores. A melhor fluidez dos idosos atendidos em um turno específico folgou os outros dias, além de manter essas consultas bem mais organizadas e estruturadas. E o registro de todas as ações também irá facilitar para os gestores no momento de coleta de dados para futuras programações de ações em saúde pública em que envolver a faixa etária dos idosos.

Com todas essas mudanças ocorridas ao longo da intervenção, conclui que faria diferente em algumas ações contempladas, como melhor orientação aos outros profissionais para poder realizar ações como a avaliação dos riscos de morbimortalidade e de fragilização, encontrar uma solução para as ações em saúde bucal, já que é de extrema importância para o atendimento integral nesta faixa etária.

A falta da participação do profissional odontólogo na intervenção, por motivos pessoais já supracitados, comprovou que as ações em saúde bucal influenciam diretamente na assistência integral a saúde do idoso, já que a má conservação dentária pode sim ser fator causal de várias patologias, portanto evidenciando que a saúde odontológica tem sua importância e deve ser mais efetiva no atendimento integral dos idosos da unidade de saúde.

Mas apesar de tais dificuldades, os resultados da intervenção comprovaram que a viabilidade de incorporar suas ações à rotina do serviço é uma necessidade dessa população assistida. As melhorias observadas confirmaram que tais ações melhoraram todos os indicadores na saúde dos idosos.

E o próximo passo para que isso se concretize e assim melhorar a atenção a saúde no serviço é a incorporação definitiva da intervenção nas ações da UBS, corrigindo as falhas e incorporando os serviços que não foram contemplados nesta intervenção.

4.3 RELATÓRIO PARA GESTORES

O atendimento aos idosos na UBS São João é bastante precário. A falta de um protocolo específico e organização nas atividades nesta faixa etária refletem nas diversas patologias e a má qualidade de vida que os acometem.

A implementação do programa de saúde do idoso como rotina na carga horária da UBS seria de extrema importância pois iria normatizar o atendimento para essa faixa etária. Por isso, diante dessa situação, a intervenção na saúde do idoso e a realização de protocolo específico de atendimento para essa faixa etária foi uma saída para uma melhor organização do processo de trabalho.

A intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde São João, em Piripiri (Piauí), no período de três meses, de outubro a dezembro de 2013, tendo como público-alvo os idosos acima de 60 anos atendidos na UBS em tal período. Foi feita em três fases.

A primeira fase consistiu no delineamento da problemática e a capacitação dos profissionais. A segunda na aplicação do instrumento de estudo à população selecionada. E a terceira na análise dos dados colhido e determinação dos resultados alcançados.

Os instrumentos de estudo utilizados foram a ficha geral de cadastramento, em que continham os dados gerais do paciente e a avaliação multidimensional adaptada e baseada no Caderno de Atenção Básica, de número 9, do ano 2006 do Ministério da Saúde; a ficha de instrumento para a realização dessa avaliação rápida multidimensional adaptada e ficha-espelho dos dados rastreamento dos hipertensores e participação na orientação nutricional e atividade física.

Para a viabilização destas ações foi realizada uma capacitação dos membros da equipe, na semana anterior à implementação da intervenção propriamente dita. As atividades foram divididas aos profissionais do posto de saúde para o correto preenchimento adequado de tais fichas.

Fixou-se um turno semanal, toda as terças-feiras a tarde, para o atendimento dos idosos pela enfermeira e médica. A cada final do mês avaliava-se os dados coletados por tais fichas supracitadas e observava-se em que setor podia melhorar ou não. No final de cada mês realizava-se a coleta e organização dos dados colhidos durante tal mês para melhor visualização dos resultados já obtidos. No final

da terceira semana foram então juntados todos os resultados mês a mês e confirmara o alcance do objetivo principal que foi a melhoria na qualidade do atendimento aos idosos dessa região.

Houve aumento da cobertura de idosos segundo as normas do OMS (3 consultas por ano), maior número de idosos cadastrados da região, maior número de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, maior rastreamento para os idosos hipertensos e diabéticos, maior número de solicitação de exames complementares e maior acesso aos medicamentos pelos idosos dessa região.

Ao final, todos os profissionais reconheceram a importância das avaliações e ações desenvolvidas, principalmente no que diz respeito à organização da agenda de consultas, pois com a intervenção, ficou estabelecido um turno e horários determinados para pessoas somente daquela faixa etária.

Porém não se deve esquecer que a intervenção foi concretizada graças à organização do processo de trabalho da equipe multiprofissional, em que todos, de alguma maneira individual ou coletiva contribuíram para o sucesso de sua realização e tendo como alicerce os profissionais da UBS, os gestores e a própria comunidade.

A participação dos gestores foi essencial para a realização e o bom desenvolvimento da intervenção na unidade. Desde o início sempre demonstraram zelo e ficaram solícitos a qualquer demanda solicitada. Foram os gestores, por exemplo, que distribuíram as fichas de caderneta do idoso na UBS, essencial para o cumprimento de um dos objetivos do trabalho, garantindo que todos os idosos fiquem acompanhados agora de maneira mais estruturada.

Outro fator que a gestão colaborou de forma muito efetiva foi com relação aos impressos utilizados na unidade básica, não apenas os utilizados pela intervenção, mas como um todo na unidade.

Os gestores colaboraram bastante no incentivo aos profissionais durante o período da intervenção, sempre enfatizando a importância e o papel de cada na intervenção. Também foram eles que deram o contato e disponibilizaram os profissionais de educação física e nutrição para ajudar na intervenção, apesar de infelizmente não acontecer o que tinha combinado.

Após concluída a intervenção, na secretaria de saúde do município, foi realizada uma reunião com os gestores para dialogar sobre como foi desenvolvida a intervenção e o monitoramento dos indicadores, demonstrando as melhoras

ocorridas na assistência, às metas atingidas, as dificuldades que encontramos, bem como o papel dos gestores nesse processo de qualificação da assistência.

Também foram repassados alguns aspectos que os gestores podem desenvolver melhor para implementar uma assistência cada vez mais qualificada. Um aspecto debatido foi à questão da infraestrutura da unidade, a qual é muito ruim, impossibilitando, por exemplo, a não realização de atividades educacionais por não existir um espaço apropriado para isso. Bem como melhorar a acessibilidade de pessoas com deficiências, pois a unidade não possui rampas de acesso para cadeirantes, o que seria bastante importância uma vez que a faixa etária idosa e com problema de locomoção é considerável na comunidade assistida pela unidade.

Além disso, foi questionado um dos problemas primordiais que é a inexistência de uma farmácia no próprio posto, uma vez que lá tudo fica centralizado na farmácia central, o que muitas vezes pela distância o acesso às medicações fica prejudicado.

Outro fator reportado com os gestores foi à questão da não participação do odontólogo nas atividades desenvolvidas na unidade, não apenas para o projeto de intervenção e sim para as atividades como um todo. Pois a falta de um profissional mais participativo prejudica o desenvolvimento de uma assistência mais qualificada. Assim, foi repassada a importância de ter tais profissionais mais presentes na unidade e que os mesmo tenham um melhor envolvimento.

Assim, os gestores encerraram a reunião parabenizando todos da equipe que se empenharam em desenvolver as atividades propostas pelo projeto, ressaltando a importância de um trabalho em equipe e que as melhoras vieram sem mesmo terem realizado alterações físicas e estruturais na unidade. Mas, reconheceram que ainda havia muito a melhorar na assistência, seja na parte física e material, como na pessoal e profissional.

4.4 RELATÓRIO PARA COMUNIDADE

O número de idosos na UBS os idosos é de um número significativo. Esta faixa etária é acometida por várias doenças que podem ser prevenidas e tratadas adequadamente.

A falta de um protocolo específico e organização nas atividades nesta faixa etária no posto de saúde foram as principais razões da má qualidade de atendimento, da cobertura precária para essa população e por consequência da falta de dados registrados.

Um atendimento especializado e sistemático dessa faixa etária pode trazer grandes benefícios a curto, médio e longo prazo, provando o quanto seria vantajoso a implementação de um programa específico na rotina de trabalho da UBS.

Diante dessa situação, a intervenção na saúde do idoso e a realização de protocolo específico de atendimento para essa faixa etária encontrou como uma necessidade na minha UBS para que desta maneira, pudéssemos ter uma melhor organização do processo de trabalho.

A intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde São João, em Piripiri (Piauí), no período de três meses, de outubro a dezembro de 2013, voltada para a saúde do idoso atendida na UBS e foi constituída de três fases. A primeira fase consistiu no delineamento da problemática e a capacitação dos profissionais. A segunda fase na aplicação do instrumento de estudo à população selecionada. E a terceira fase consiste na análise dos dados colhido e determinação dos resultados alcançados.

Os instrumentos de estudo utilizados foram a ficha geral de cadastramento, em que continham os dados gerais do paciente e a avaliação multidimensional adaptada e baseada no Caderno de Atenção Básica, de número 9, do ano 2006 do Ministério da Saúde; a ficha que servia de instrumento para a realização dessa avaliação rápida multidimensional adaptada e ficha-espelho dos dados rastreamento dos hiperdia e participação da orientação nutricional e atividade física.

Para a viabilização e logística destas ações foi realizada uma capacitação dos membros da equipe, garantindo até uma melhoria pessoal e satisfação profissional para esses profissionais. Foi dividido de maneira bem adequada aos profissionais do posto de saúde o preenchimento adequado de tais fichas.

A participação dos gestores também foi essencial para a realização e o bom desenvolvimento da intervenção na unidade. Distribuiu as fichas de caderneta do idoso, forneceu as fichas e material utilizado no trabalho, além do apoio incondicional prestado sempre quando solícitos.

Reservou-se um turno semanal para o atendimento dos idosos pela enfermeira e pela médica. A cada final do mês avaliava-se os dados coletados por tais fichas supracitadas e observava-se em que setor podia melhorar ou não.

No final do estudo, os resultados obtidos indicaram o alcance ao objetivo principal que foi a melhoria na qualidade do atendimento aos idosos dessa região. Houve aumento da cobertura de idosos certamente acompanhados, melhoria no cadastramento dos idosos da região, maior número de visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, maior rastreamento para os idosos hipertensos e diabéticos maior número de solicitação de exames complementares e maior acesso aos medicamentos pelos idosos dessa região.

Ao final, todos os profissionais reconheceram a importância das avaliações e ações desenvolvidas, principalmente no que diz respeito à organização da agenda de consultas, pois com a intervenção, ficou estabelecido um turno e horários determinados para pessoas somente daquela faixa etária.

Este reconhecimento das ações implementadas também é comprovado nas próprias consultas, em que os idosos saíam sempre elogiando a nova forma de atendimento, o que reforçava o engajamento público proposto desde o início da intervenção, o que reforçou ainda mais a aliança dos usuários da UBS, e os próprios reconheceram que eles podem sim colaborar para a melhoria da assistência à saúde no posto de saúde.

Os idosos notaram as melhorias realizadas no atendimento. Perceberam uma melhor avaliação na marcha e equilíbrio, na importância de prevenção em quedas do domicílio e principalmente na maior importância dada aos problemas de memória e suas formas de adaptação na vida diária, ações estas que os próprios admitiram que não eram reconhecidas em consultas anteriores à intervenção. E que apesar de ainda estarem insatisfeitos com a atenção prestada por diversos fatores, os mesmos reconheceram que algumas atividades avançaram e houve um retorno positivo para a comunidade.

Os agentes de saúde também concluíram que com a intervenção ficaram mais participativos nas capacitações e nas reuniões de organização, sendo esse um

ponto bastante positivo para a comunidade, pela importância da ação do agente em fazer o elo da comunidade com a unidade.

Todas essas ações desenvolvidas em nível de uma equipe multiprofissional bem estruturada e fortalecida foi apenas um reflexo da satisfação da comunidade, em que todos reconheceram a importância das avaliações e ações realizadas.

5. REFLEXÃO CRÍTICA

A importância do estudo realizado foi de extrema importância para a minha profissão. Ao longo de toda a intervenção fui adquirindo conhecimento e experiência imensuráveis. Adquiri mais conhecimento médico, uma vez que dando o enfoque maior às necessidades dos idosos, despertou-me o interesse de pesquisar e estudar mais essa especialidade.

Adquiri maior experiência de trabalho e relação inter-pessoal, afinal de contas um trabalho desta magnitude, para seu correto funcionamento, depende do trabalho de cada um participante e cada um tem sua importância no seu nível de competência.

Adquiri maior satisfação pessoal, principalmente em virtude dos resultados promissores vistos no trabalho, concluindo que ações simples e organizada pode ter proporções imensuráveis. Também, poder observar a satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais, e perceber a continuidade das ações realizadas com resultados positivos para a população, foi de um valor indescritível para a minha experiência profissional e pessoal.

Em tese, eu constatei que todas as ações ao longo do trabalho só me enriqueceram, levando a um enorme crescimento pessoal e profissional. E disso tudo tirei como lição o fato que todos têm a capacidade de mudar as desavenças e problemas que assola sua casa, seu local de trabalho, seu bairro. Basta ter empenho, organização e força de vontade. Ações simples e organizadas podem ter resultados incalculáveis, e se cada um fizer sua parte, podiam-se diminuir as desigualdades e injustiças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 148 p.
[p.http://www.dmsufpel.com.br/dspace/handle/123456789/230](http://www.dmsufpel.com.br/dspace/handle/123456789/230)

Carvalho JAM. Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 1993. [Apresentado no Seminário Crescimento Populacional e Estrutura Demográfica, Rio de Janeiro, 1993].

Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida. relatório de pesquisa. Porto Alegre: CEI; 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico em 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em novembro 2013.

Moreira MM. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. (Trabalho apresentado no Seminário “Envelhecimento da população brasileira: aspectos macro e micro relevantes para políticas sociais, regionais e nacionais”. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 6-7 de dezembro de 1999).

ANEXOS

1. FICHA-ESPELHO DOS DADOS GERAIS DE CADASTRAMENTO

NOME: _____ PRONTUÁRIO|__||__||__||__|
 DATA NASC ____/____/____ IDADE: ____ GÊNERO:| 1|M.| 2 |F Caderneta: _____
 PA (mmHG): ____ PESO (Kg): ____ Consultório: _____ Visita domiciliar: _____

AVALIAÇÃO RÁPIDA MULTIDIMENSIONAL

RASTREIO HIPERTENSO

PROBLEMA	AVALIADO	
PA MAIOR 130/85 mmHg	S	N

RASTREIO DM

PROBLEMA	AVALIADO	
PA MAIOR 130/85 mmHg	S	N

ESTADO MOTOR

PROBLEMA	AVALIADO	
DISFUNÇÃO DE Ms. Sup.	S	N
DISFUNÇÃO DE Ms. Inf.	S	N

ESTADO MENTAL

PROBLEMA	AVALIADO	
DISFUNÇÕES COGNITIVAS	S	N
DEPRESSÃO	S	N

AMBIENTE DOMICILIAR

PROBLEMA	AVALIADO	
REGISTRO DE QUEDA	S	N
REFERÊNCIA A RISCO DE QUEDA	S	N

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

PROBLEMA	AVALIADO	
SAIR DA CAMA	S	N
VESTIR-SE	S	N
PREPARAR SUAS REFEIÇÕES	S	N
FAZER COMPRAS	S	N

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

PROBLEMA	AVALIADO	
PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA	S	N

SUPORTE SOCIAL

PROBLEMA	AVALIADO	
REGISTRO DA SITUAÇÃO SOCIAL	S	N

NUTRIÇÃO

PROBLEMA	AVALIADO	
PERDA DE PESO (quantificada)	S	N

2. INSTRUMENTO DA AVALIAÇÃO RÁPIDA MULTIDIMENSIONAL

1. **FUNÇÃO DOS MM SS:** Verificar se o paciente é capaz de executar:
 PROXIMAL: Tocar a nuca com ambas as mãos. |1|Sim|2|Não
 DISTAL: Apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e coloca-las de volta. |1|Sim para ambas |2|Não
2. **FUNÇÃO DOS MM II:** Verificar se o paciente é capaz de executar:
 Levantar da cadeira |1|Sim|2|Não
 Caminhar 3,5m |1|Sim |2|Não
 Voltar e sentar |1|Sim|2|Não
3. **ESTADO MENTAL**
 Solicitar ao paciente que repita o nome dos objetos: MESA – MAÇA – DINHEIRO
 Após alguns minutos (até 3 min.) faça-o repetir. |1|Sim (Repetiu os 3 nomes)
 |2|Não (Não repetiu os 3 nomes)
4. **HUMOR (DEPRESSÃO)**
 Você, freqüentemente, se sente triste ou desanimado? |1|Sim |2|Não
5. **DOMICÍLIO**
 Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? |1|Sim. Quantas vezes? |__|__|
 |2|Não. Na sua casa tem: Escadas? (nº) |__|
 Tapetes soltos? |1|Sim |2|Não
 Corrimão no banheiro? |1|Sim |2|Não
6. **ATIVIDADES DIÁRIAS**
 Sem auxílio, você é capaz de: Sair da cama? |1|Sim |2|Não
 Vestir-se? |1|Sim |2|Não
 Preparar sua refeições? |1|Sim|2|Não
 Fazer compras? |1|Sim|2|Não
7. **INCONTINÊNCIA**
 Você às vezes perde urina ou fica molhado? |1|Sim |2|Não
 *Se Sim, perguntar: Quantas vez(es)? |1|DIA |__| por |2|SEMANA |__| |3|MÊS
 |__|. Isto provoca algum incômodo ou embarço? |1|Sim |2|Não
8. **NUTRIÇÃO**
 Você perdeu mais que 4 Kg no último ano? |1|Sim |2|Não
 Peso usual |__|__|__| Kg Altura |__|__|__| cm
9. **SUPORTE SOCIAL**
 Alguém poderia ajuda-lo caso você fique doente ou incapacitado? |1|Sim |2|Não.

3. FICHA-ESPELHO DOS DADOS RASTREAMENTO DOS HIPERTENSO E PARTICIPAÇÃO DA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E ATIVIDADE FÍSICA

NOME: _____ PRONTUÁRIO|__||__||__||__|

Número de consultas nos últimos 24 meses: |__|__| DATA DE NASC: __/__/__

GÊNERO:| 1|MASC.| 2 |FEM.

RASTREIO HIPERTENSO

PROBLEMA	AVALIADO		REGISTRADO		Data do registro do problema
SOLICITAÇÃO DE EXAMES	S	N	S	N	___/___/___
ACESSO À MEDICAÇÃO	S	N	S	N	___/___/___
ACESSO À REALIZAÇÃO DOS EXAMES	S	N	S	N	___/___/___

RASTREIO DIABÉTICO

PROBLEMA	AVALIADO		REGISTRADO		Data do registro do problema
SOLICITAÇÃO DE EXAMES	S	N	S	N	___/___/___
ACESSO À MEDICAÇÃO	S	N	S	N	___/___/___
ACESSO À REALIZAÇÃO DOS EXAMES	S	N	S	N	___/___/___

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E ATIVIDADE FÍSICA

PROBLEMA	AVALIADO		REGISTRADO		Data do registro do problema
PARTCIPAÇÃO DA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL	S	N	S	N	___/___/___
PARTCIPAÇÃO DA ORIENTAÇÃO ATIVIDADE FÍSICA	S	N	S	N	___/___/___

4. PLANILHA OMIA SAÚDE DO IDOSO COM SAÚDE BUCAL

[illegible][illegible]

E71														
A	B	C	P	Q	R	S	T	U	V	X	Y	Z	AA	
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 2														
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso é hipertenso ou diabético?	O idoso hipertenso ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com anexo aos medicamentos prescritos?	O idoso está com tratamento odontológico concluído?	O idoso está com avaliação de alterações de mucosa em dia?	O idoso está com avaliação de necessidade de prótese em dia?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
47														
48														
49														
50														
51														
52														
53														
54														
55														
56														
57														
58														
59														
60														
61														

A	B	C	Z	AA	AB	AC	AD	AE
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 2								
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?	O idoso teve participação em ações coletivas de educação em saúde bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / **Mês 2** / Mês 3 / Indicadores / 2

5. Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

Quadro 4: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AValiação BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	<p>O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____</p> <p>Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm</p> <p>IMC = _____</p>	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	<p>O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais?</p> <p>Se sim, aplicar o cartão de Jaeger:</p> <p>Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____</p>	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	<p>Aplicar o teste do sussurro, pág. 137</p> <p>A pessoa idosa responde a pergunta feita?</p> <p>Ovido Direito: ____ Ovido Esquerdo: _____</p> <p>Se não, verificar a presença de cerume.</p> <p>OD: _____ OE: _____</p>	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	<p>O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a?</p> <p>Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? _____</p> <p>Definir quantidade e frequência.</p>	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)

ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/ DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste — fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional — MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).

ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão — Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? ____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).